

**Le certificat médical accompagné de ce document
doit être remis dans les CINQ jours du sinistre à**

Jean-Marc POLI BE 6200 CHÂTELET - Rue de la Fontaine, 3





+ 32 473 384 499



071/490 212 -



assurance.bfa@gmail.com

Nom et prénom du blessé	
Club du blessé	
Date de l'accident	___/___/201__
 blessé ou parents (téléphone)	+32 4 ___/___-___-___
 blessé ou parents (email)	_____@_____
Coller ici une vignette de mutuelle	
Numéro de compte en banque	BE ___ - ___ - ___ - ___ - ___

**Ensuite la déclaration d'accident sera complétée et transmise
à la compagnie par nos soins.**

Le blessé doit payer les factures et se faire rembourser par la mutuelle. Seule la quote-part non remboursée par la mutuelle sera remboursée par la compagnie (sous déduction de la franchise de 25 €). Après réception du certificat de guérison par la compagnie, le dossier sera effectif et le sinistré devra fournir le certificat de guérison rempli et signé par le médecin, les originaux de tous les frais encourus lors de l'accident et les originaux des bordereaux de remboursement de la mutuelle ainsi que les protocoles médicaux. En respectant cette procédure, nous éviterons des retards importants dans les dossiers.

Arena Assurances SA

Avenue des Nerviens, 85/2 - BE 1040 BRUXELLES (Etterbeek)

+32 (0)2 209.16.00 - arena@arena-nv.be

Belgium Futsal Association	Nouvelle declaration	Dossier existant
Police n° 1114887		Dossier N°

CERTIFICAT MEDICAL

A remplir par le médecin

1) Nom du médecin Adresse

Tel. n° E-mail

2) Nom de la victime

Adresse

3) Date de l'accident : ____/____/201__

4) Date et heure à laquelle vous avez examiné la victime ____/____/201__ A ____H____

5) Quelle est la nature des lésions encourues et quelles sont les parties du corps qui ont été touchées ?

.....

S'agit-il d'une lésion due à un traumatisme aigu ?

oui non

> Y a-t-il une anamnèse ?

oui non

> La lésion peut-elle être due à ou être influencée par un processus progressif ou une prédisposition ?

oui non

> Remarques :

6) Durée prévue du traitement

7) La victime est-elle totalement ou partiellement incapable d'exercer ses activités normales ?

oui non

> Totalement pendant jours.

> Partiellement pendant jours.

8) Estimez-vous que l'intervention d'un radiologue ou d'un spécialiste soit indispensable ?

oui non

> Si oui, laquelle ?

9) L'accident entrainera-t-il une incapacité permanente ou peut-on espérer le rétablissement complet ?

.....

ANTECEDANTS

10) La victime était-elle antérieurement à l'accident mutilée ou atteinte d'une infirmité ou d'une maladie ?

.....

11) L'anamnèse révèle-t-elle que dans le passé la victime a déjà eu un accident ou présenté des symptômes ayant ou non donné lieu au traitement des lésions du même type de celles que vous avez constatées actuellement ?

S'agit-il éventuellement d'une récurrence ?

Fait à _____

En date du ____/____/201__

Signature et cachet du médecin